

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1909

THÈSE

N°

86

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le jeudi 16 décembre 1909, à 1 heure

Par M. Melchior TEYSSIER

Né au Lonzac (Corrèze), le 18 juin 1885
Ancien externe des hôpitaux de Paris

CONTRIBUTION AU DIAGNOSTIC

DE LA

Dysménorrhée Membraneuse

Président : M. POZZI, professeur.

Juges : MM. DE LAPPERSONNE, professeur.

*BROCA (ANDRÉ),
AUVRAY, } agrégés.*

PARIS

G. STEINHEIL, ÉDITEUR

2, RUE CASIMIR-DELAVIGNE, 2

1909

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1909

THÈSE

N^o 86

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le jeudi 16 décembre 1909, à 1 heure

Par M. Melchior TEYSSIER

Né au Lonzac (Corrèze), le 18 juin 1885
Ancien externe des hôpitaux de Paris

CONTRIBUTION AU DIAGNOSTIC

DE LA

Dysménorrhée Membraneuse

Président : M. POZZI, professeur.

Juges : MM. DE LAPERSONNE, professeur.

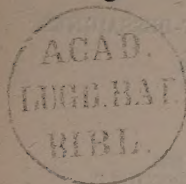
BROCA (ANDRÉ),
AUVRAY, } *agrégés.*

PARIS

G. STEINHEIL, ÉDITEUR

2, RUE CASIMIR-DELAVIGNE, 2

1909



FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Doyen M. LANDOUZY.
Professeurs..... MM.

Anatomie.....	NICOLAS.
Physiologie.....	Ch. RICHET.
Physique médicale.....	GARIEL.
Chimie organique et chimie minérale.....	GAUTIER.
Parasitologie et Histoire naturelle médicale.....	R. BLANCHARD
Pathologie et thérapeutique générales.....	BOUCHARD.
Pathologie médicale.....	{ DEJERINE.
	BRISSAUD.
Pathologie chirurgicale.....	LANNELONGUE.
Anatomie pathologique.....	MARIE (PIERRE).
Histologie.....	PRENANT.
Opérations et appareils.....	HARTMANN.
Pharmacologie et matière médicale.....	POUCHET.
Thérapeutique.....	GILBERT.
Hygiène.....	CHANTEMESSE.
Médecine légale.....	THOINOT
Histoire de la médecine et de la chirurgie.....	CHAUFFARD.
Pathologie expérimentale et comparée.....	ROGER.
	HAYEM.
Clinique médicale.....	{ DIEULAFOY.
	DEBOVE.
	LANDOUZY.
	HUTINEL.
Clinique des maladies des enfants.....	BALLET (GILBERT)
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'en- céphale.....	GAUCHER.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.....	RAYMOND.
Clinique des maladies du système nerveux.....	QUENU.
	{ RECLUS
	SEGOND.
	DELBET.
Clinique chirurgicale.....	{ DE LAPERSONNE
	ALBARRAN.
Clinique ophtalmologique.....	PINARD.
Clinique des maladies des voies urinaires.....	{ BAR.
	RIBEMONT-DESSAIGNES.
Clinique d'accouchements.....	POZZI.
Clinique gynécologique.....	KIRMISSON.
Clinique chirurgicale infantile.....	ROBIN.
Clinique thérapeutique.....	

Agrégés en exercice.

MM.	MM	MM.	MM.
AUVRAY.	CUNÉO.	LAUNOIS.	NOBECOURT.
BALTHAZARD.	DEMELIN.	LECÈNE.	OMBRÉDANNE.
BEZANÇON.	DESGREZ.	LEGRY.	POTOCKI.
BRANÇÀ.	DUVAL.	LENORMANT.	PROUST.
BRINDEAU.	GOSSET.	LOEPER.	RÉNON.
BROCA (ANDRÉ).	GOUGET.	MACAIGNE.	RICHAUD.
BRUMPT.	JEANNIN.	MAILLARD.	RIEFFEL.
CARNOT.	JEANSELME.	MARION.	SICARD.
CASTAIGNE.	JOUSSET.	MORESTIN.	ZIMMERN.
CLAUDE.	LABBÉ.	MULON.	
COUVELAIRE.	LANGLOIS.	NICLOUX.	

Sécretaire de la Faculté : M. DESTOUCHES.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A LA MÉMOIRE DE MON PÈRE
ET DE MA MÈRE

A LA MÉMOIRE DE CELLE QUI M'A SERVI DE MÈRE

A MON FRÈRE ET A MA BELLE-SŒUR

A MON COUSIN LE DOCTEUR A. GRILLIÈRE

A MES PARENTS

A MES AMIS

A M. LE PROFESSEUR POZZI

PROFESSEUR DE GYNÉCOLOGIE A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS
CHIRURGIEN DE L'HÔPITAL BROCA
MEMBRE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

*Nous lui adressons nos plus sincères remerciements
pour le grand honneur qu'il nous a fait en acceptant
la présidence de notre thèse.*

INTRODUCTION

L'idée de ce travail nous a été inspirée par M. Lepage, accoucheur de l'hôpital Boucicaut, qui a bien voulu nous communiquer l'une des observations contenues dans notre thèse. Nous lui adressons nos plus sincères remerciements pour l'enseignement obstétrical, si pratique, qu'il nous a donné, pendant que nous étions externe dans son service, pour sa sympathie à notre égard, et pour ses précieux conseils.

Bien que la dysménorrhée membraneuse soit une affection assez bien connue, certains points restent encore enveloppés d'obscurité. En raison de sa rareté, elle n'est pas toujours facilement diagnostiquée. C'est ainsi qu'on a pu confondre les membranes dysménorrhéales avec une caduque provenant d'une grossesse utérine, arrêtée dans son évolution, ou d'une grossesse extra-utérine, non encore diagnostiquée. Nous avons essayé de résoudre cette question, par l'étude des observations publiées sur ce sujet, que nous avons pu recueillir.

La première partie de notre travail a trait à la symptomatologie de la dysménorrhée membraneuse, et à l'étude macroscopique et microscopique du produit expulsé.

La deuxième partie se rapporte au diagnostic différentiel des membranes dysménorrhéales avec toutes les au-

tres membranes expulsées au cours des règles, qu'il s'agisse de caduque d'un avortement utérin pendant les premiers temps de la grossesse, de caduque expulsée au cours d'une grossesse extra-utérine, ou, au contraire, de pseudo-membranes de fibrine ou de mucus.

Nous avons été aidé dans cette étude par deux coupes : l'une de membrane dysménorrhéale, qu'a bien voulu nous confier le D^r Latteux, histologiste de la clinique de gynécologie à l'hôpital Broca ; l'autre de caduque expulsée au cours d'une grossesse extra-utérine, que nous devons à l'obligeance de notre maître M. Letulle, médecin de l'hôpital Boucicaut, membre de l'Académie de médecine. Nous le prions de vouloir bien accepter l'hommage de notre reconnaissance pour sa bienveillance à notre égard, quand nous étions externe dans son service, et pour avoir bien voulu mettre à notre disposition, pour l'interprétation de ces deux coupes, sa haute compétence en anatomie pathologique.

Nous adressons aussi nos sincères remerciements à M. le D^r Jayle, ancien chef de clinique gynécologique à l'hôpital Broca, pour l'observation inédite de dysménorrhée pseudo-membraneuse qu'il a eu l'amabilité de nous confier.

Arrivé au terme de nos études, nous ne saurions oublier les maîtres qui nous ont initié aux pratiques de l'auscultation, et aux premiers éléments de la chirurgie : le D^r Paul Le Gendre, médecin de l'hôpital Lariboisière, le D^r Souligoux, le D^r Tuffier, chirurgien de l'hôpital Beaujon, et le D^r Rochard, chirurgien de l'hôpital Saint-Louis.

Enfin nous avons à cœur d'exprimer tout notre attache

ment à l'égard de notre maître actuel, M. le Dr Méry, médecin de l'hôpital des Enfants-Malades. Nous avons puisé dans son enseignement journalier au lit du malade de précieux éléments de clinique et de thérapeutique infantile.

AVANT-PROPOS

La dysménorrhée membraneuse a été signalée pour la première fois par Morgagni en 1760. Le fait qu'elle avait échappé jusqu'à lui à l'observation des cliniciens est déjà une preuve de sa rareté. Bien des gynécologues et des accoucheurs, au cours d'une longue pratique, n'en ont observé qu'un petit nombre de cas. D'autres même prétendent n'en avoir jamais vu.

Il n'est pas impossible cependant qu'un grand nombre de cas passent inaperçus, soit que la femme néglige d'examiner le sang de ses règles, soit que la muqueuse utérine desquame en petits fragments, leur expulsion n'étant pas accompagnée de douleurs bien vives.

Les expériences de Gebhard (de Berlin) montrent la muqueuse utérine gardant son intégrité au cours des menstruations normales ; il faut donc rejeter l'hypothèse, émise autrefois, d'après laquelle la dysménorrhée membraneuse ne serait que l'exagération d'un phénomène physiologique. Chaque fois qu'on trouve des fragments de muqueuse utérine dans le sang des règles, il s'agit d'un fait pathologique.

CHAPITRE PREMIER

ÉTUDE CLINIQUE DE LA CRISE DE DYSMÉ- NORRHÉE MEMBRANEUSE

§ 1. — **Prodromes.**

Il est rare que la crise débute brusquement sans avoir été précédée de quelques phénomènes prémonitoires. Trois, quatre, cinq heures avant l'apparition des règles la malade éprouve une sorte d'inquiétude vague. Il n'est pas rare de voir survenir à ce moment des nausées et des vomissements, la céphalée est parfois intense. Un grand nombre de femmes sont des nerveuses chez lesquelles ces phénomènes prennent une intensité très grande.

Bientôt se montrent une douleur sourde à l'hypogastre et une sensation de pesanteur au niveau de la vulve et du vagin. La dysurie et le ténesme rectal sont signalés à ce moment dans la plupart des observations. Les organes génitaux sont congestionnés et il s'écoule souvent par la vulve un liquide glaireux.

La plupart de ces symptômes prémonitoires ne sont pas spéciaux à la dysménorrhée membraneuse, mais communs à toutes les formes de dysménorrhée ; ils ne peuvent servir à établir un diagnostic ; aussi les citons-nous simplement pour étudier la crise dysménorrhéale proprement dite.

§ 2. — Crise dysménorrhéale avec expulsion de membranes provenant de la desquamation de la muqueuse utérine.

Les trois symptômes caractéristiques de cette crise sont :

La douleur ;

L'expulsion de membranes ;

Et la ménorrhagie.

Il n'est pas rare de les voir apparaître après un retard de règles de quelques jours, ce qui peut faire penser à une grossesse ectopique.

La sensation de pesanteur qui s'était fait sentir au niveau de l'hypogastre, au cours de la période prémonitoire, s'est transformée en une douleur très vive. De la région hypogastrique où elle siège avec son maximum d'intensité, cette douleur s'irradie aux aines, à la partie supérieure des cuisses, dans les fesses, et surtout à la région lombaire. La marche et la station debout l'augmentent, tandis que le repos diminue son intensité. Les malades sont obligées de garder le lit pendant toute la période menstruelle. Ces douleurs acquièrent parfois une violence extrême. Elles s'accompagnent de sensations expulsives fort pénibles. Les patientes les comparent à des tranchées utérines, ou croient qu'elles vont faire une fausse couche. Leur état d'agitation est extrême. Leur facies exprime la souffrance ; Le ténesme vésical et rectal s'accroît. Ces crises présentent des périodes paroxystiques. Au bout de quelques heures de souffrance croissante, survient une période de calme, suivie elle-même d'une crise nouvelle.

La région hypogastrique examinée à ce moment présente une distension et un ballonnement manifestes.

Ces crises de coliques traduisent les efforts que fait l'utérus, en se contractant, pour se débarrasser de la membrane qu'il contient, comme par une sorte d'accouchement, et la chasser de la cavité utérine dans le col, et du col dans le vagin. Immédiatement après son expulsion, la malade ressent un grand soulagement ; les douleurs ne reparaissent pas, le plus souvent, si la membrane a été expulsée en entier sous forme de sac. Néanmoins il est des cas, où, même après le rejet d'une membrane complète, les douleurs peuvent réapparaître, et s'accompagner pendant toute la durée du flux menstruel d'expulsion de lambeaux plus ou moins volumineux, provenant de la desquamation des couches profondes de la muqueuse. Souvent la membrane est rendue par fragments. Après l'expulsion du premier fragment, les douleurs cessent, pour réapparaître bientôt, jusqu'à ce que tous les lambeaux de muqueuse aient évacué la cavité utérine.

L'écoulement sanguin commence en général avec les douleurs. Dans certains cas cependant, l'expulsion du premier lambeau muqueux aurait précédé l'écoulement des premières gouttes de sang. Mais, le plus souvent, la quantité de sang qui s'échappe de l'utérus est minime tant que les membranes obstruent l'orifice du col. La porte de sortie du sang se trouvant fermée, celui-ci s'accumule en amont dans la cavité utérine. On a signalé des cas où il aurait reflué dans les trompes, et donné lieu à une hématocele péri-utérine. L'écoulement sanguin est plus abondant qu'au cours d'une menstruation normale,

à cause des ruptures vasculaires qui se sont produites, par suite du décollement de la muqueuse utérine. C'est une véritable ménorrhagie. On voit parfois cet écoulement dépasser en durée les limites ordinaires de la période cataméniale. Tantôt ce sang est liquide, pâle et rose, mélangé de sérosité ; tantôt il est foncé, noirâtre. On y trouve alors des caillots qui peuvent affecter deux formes différentes : les uns, caillots cruoriques, sont dus à la stagnation du sang dans le vagin, et se présentent sous forme de grosses masses molles, irrégulières et rouges ; les autres sont des petits moules fibrineux, concrétés dans l'utérus.

Toute la crise se passe en général dans une apyrexie complète, à moins qu'il existe, en même temps, des phénomènes inflammatoires.

Dysménorrhée membraneuse sans dysménorrhée. — Il arrive quelquefois, lorsque la femme a eu plusieurs grossesses, ayant entraîné une béance permanente du col, d'observer une expulsion de membranes dysménorrhéales avec des douleurs presque nulles. Ces faits ne s'observent jamais chez les vierges, dont l'orifice cervical est étroit. On a donné à cette forme le nom de dysménorrhée membraneuse sans dysménorrhée.

L'examen au spéculum, pratiqué au moment des crises, montrera un col violacé, congestionné, parfois légèrement dilaté, mais le plus souvent petit, atrésié, ponctiforme. On peut dans certains cas constater, soit un fragment de muqueuse, soit la muqueuse complète, qui fait hernie comme un polype par son orifice.

Ces trois symptômes : coliques utérines, expulsion de

membranes et ménorrhagie constituent un trépied symptomatique n'ayant toute sa valeur qu'à la condition de se montrer au cours de plusieurs menstruations.

§ 3. — Examen macroscopique de la membrane.

Elle a un aspect variable selon qu'il s'agit d'une muqueuse, expulsée en un seul bloc, ou en un certain nombre de lambeaux.

Quand elle est expulsée en masse, elle est constituée par un petit sac membraneux, reproduisant la forme triangulaire de la cavité utérine. C'est à peu près un triangle isocèle, dont les deux côtés égaux répondent aux deux bords de cette cavité, et la base à son fond. Le sommet de ce triangle est percé d'un orifice qui correspond à l'orifice vaginal du col. On remarque en outre au niveau de ses deux autres angles deux ouvertures, correspondant à l'ostium uterinum. Sa face antérieure et sa face postérieure sont convexes, et recouvertes de caillots qui les colorent en rouge. Pour faciliter l'examen, il faut plonger dans l'eau ce sac membraneux. Sa surface extérieure est alors blanchâtre, inégale, tomenteuse, hérissée de saillies provenant des couches profondes de la muqueuse, et que l'eau rend plus appréciables.

En introduisant une sonde cannelée dans un des orifices de ce sac, et en le sectionnant dans toute sa longueur, on aperçoit une surface interne lisse, répondant à l'épithélium de la muqueuse. Un examen attentif à la loupe permet d'y découvrir les multiples orifices des glandes. Dans des cas rares ce sac offre une disposition inverse : sa sur-

face externe est lisse, et sa surface interne tomenteuse et irrégulière. C'est ce qu'on constate quand la muqueuse s'est décollée sur toute sa surface, sauf au niveau du pourtour du col de l'utérus. Les contractions de l'organe chassant vers l'orifice externe du col le sang contenu dans sa cavité, celui-ci refoule devant lui le fond du sac membraneux et le retourne comme un doigt de gant.

Il est rare aussi de voir, comme l'a signalé Gauthier, au Congrès des Sciences Médicales de Genève (1877), ce sac membraneux entraîner en même temps, au moment de son expulsion, par suite d'une sorte de vaginite exfoliatrice, des fragments de la muqueuse qui revêt la face externe du museau de tanche, et la partie supérieure des parois du vagin.

Quand la membrane est expulsée sous forme de lambeaux, ceux-ci sont irrégulièrement triangulaires, ou quadrangulaires. Mais ils ne présentent cet aspect qu'après avoir été étalés ; dans le sang des règles ils sont enroulés sur eux-mêmes. On peut, en les juxtaposant, arriver à reconstituer, assez exactement, le petit sac triangulaire, représentant la totalité de la muqueuse utérine. Ces lambeaux ont une surface externe irrégulière et tomenteuse, et une surface interne lisse.

§ 4. — Examen microscopique de la membrane dysménorrhéale.

Son importance est capitale pour le diagnostic de dysménorrhée membraneuse. Il doit être pratiqué chaque fois qu'on peut le faire. Il faut veiller à la bonne conser-

vation de ces membranes si on tient à avoir une coupe nette.

« Laissez-moi attirer votre attention, dit Emile Ries (1), sur l'importance de la conservation de telles membranes dans l'alcool concentré, ou dans une solution de formol à 20 0/0. La rétraction qui peut être causée par l'alcool est bien moins préjudiciable au point de vue microscopique que la décomposition. »

La membrane dysménorrhéale a, à peu près, la structure d'une muqueuse utérine au moment de la menstruation, c'est-à-dire d'une muqueuse épaissie et congestionnée.

Etudions-la à l'aide d'une coupe qui nous a été prêtée par le Dr Latteux et dont nous reproduisons la partie la plus nette dans la planche n° 1.

« L'épithélium de revêtement de la muqueuse utérine, est nettement visible à la partie interne de la membrane. Il est constitué par des cellules cylindriques, colorées en violet par l'éosine, ayant à peu près la hauteur des cellules normales. Leur noyau, très net, arrondi ou ovalaire, occupe la partie basale de la cellule. Ces noyaux sont très nombreux, comme si les cellules étaient fortement tassées les unes contre les autres. En certains points l'épithélium s'enfonce dans la profondeur de la membrane sous forme de tubes.

« Le chorion a la structure de celui d'une muqueuse utérine saine. On n'y trouve qu'un fort petit nombre de polynucléaires, ce qui indique l'absence d'un processus

(1) Rapport lu devant la Société pathologique de Chicago, le 13 janvier 1896. *J. of the American medical associat.*, 1896.

inflammatoire. Les cellules conjonctives dans la partie la plus externe sont fortement tassées les unes contre les autres. Les plus externes sont mal colorées, ont des contours indécis, et un noyau peu net. Elles ont probablement subi une mortification, soit avant soit après l'expulsion de cette membrane de l'utérus.

« Dans l'épaisseur du chorion on perçoit de nombreux culs-de-sac glandulaires, sectionnés, soit parallèlement, soit perpendiculairement à leur axe. D'une façon générale, les cellules glandulaires sont cubiques, plus aplaties que des cellules normales. Mais dans cette préparation, si on observe des culs-de-sac glandulaires dont les cellules sont très fortement colorées en violet, il en est d'autres où toutes les cellules ont simplement une coloration rose. Leur noyau est peu apparent, leurs limites mal déterminées ; il est évident qu'elles avaient subi un commencement de nécrose, au moment où la pièce a été préparée. Les vaisseaux du chorion ont un aspect normal.

« Toute la partie la plus externe de la préparation est occupée par un exsudat sanguin.

« On trouve également du sang mélangé à quelques débris de cellules épithéliales dans la lumière des culs-de-sac glandulaires. »

Mais la structure de la membrane dysménorrhéale ne se rapproche pas toujours autant de celle de la muqueuse normale de l'utérus que dans le cas qui vient de nous servir d'exemple.

Lorsqu'il y a eu un certain temps d'aménorrhée avant la crise, il s'est fait parfois un excès d'organisation dans toute la membrane ; on y trouve un grand nombre de fibres

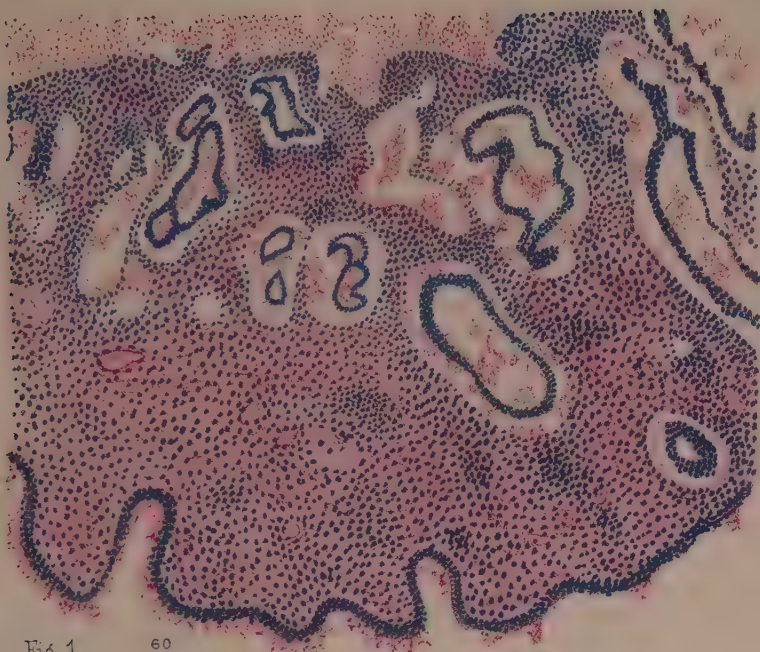
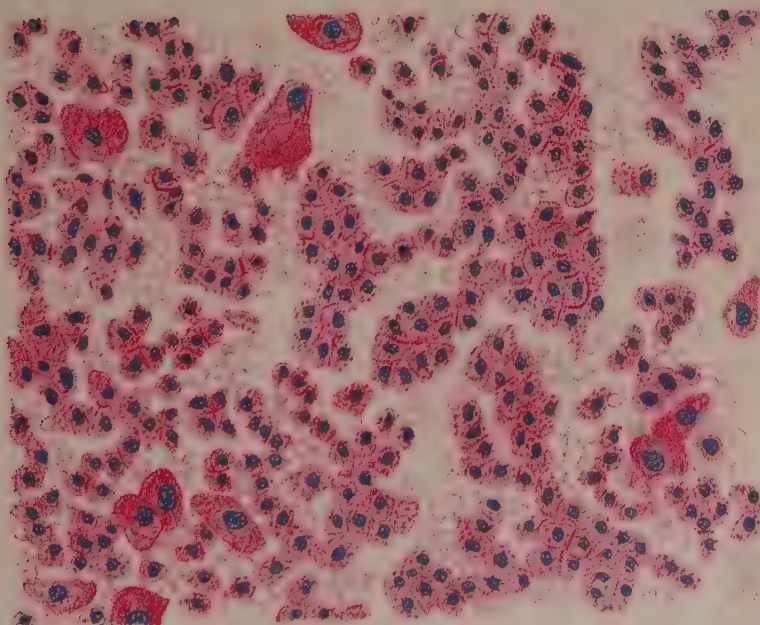


Fig. 1. $\frac{60}{1}$

$\frac{500}{1}$

Fig. 2.



conjonctives, réparties dans toute l'épaisseur du chorion. Si la muqueuse utérine est le siège d'une inflammation concomitante, le processus scléreux peut être porté très loin.

« Dans certains cas, écrit Doléris (1), le tube membraneux exfolié présente les lésions de l'endométrite interstitielle arrivée à sa période ultime : glandes et artérioles enserrées dans une couche épaisse de tissu conjonctif adulte fasciculé. Leurs parois sont doublées d'un manchon fibreux qui a 4 ou 5 fois l'épaisseur de la paroi normale. Ce qui domine dans tous ces processus pathologiques, c'est la fréquence de l'hyperplasie du tissu conjonctif, ensuite les hémorragies dans l'épaisseur de la muqueuse, dans l'intérieur des glandes, et les thromboses vasculaires. Ces hémorragies sont parfois de dates différentes, et on voit sur la même préparation des coagulas organisés dans les vaisseaux, et en certains points les globules rouges parfaitement conservés, dans d'autres des amas pigmentaires avec des hématies déformées et décolorées. »

(1) DOLÉRIS, *Métrites et fausses métrites*, 1902.

CHAPITRE II

DIAGNOSTIC DIFFÉRENTIEL

Parmi les membranes qui peuvent être expulsées avec le sang menstruel, il y a lieu de distinguer celles qui sont de provenance vaginale et celles qui sont de provenance utérine.

§ 1. — Membranes de provenance vaginale.

Nous n'insisterons pas sur la desquamation épithéliale du vagin consécutive à l'injection de substances corrosives, qui n'a pas lieu seulement au moment des règles et disparaît avec la cause. Ces membranes se présentent sous forme de fines pellicules diversement colorées selon la substance médicamenteuse employée.

Il existe une forme particulière de vaginite, qu'on décrit sous le nom de *vaginite exfoliatrice*, qui peut s'accompagner de l'expulsion d'un sac membraneux au moment des règles ; l'observation du D^r Farre (1) montre que dans certains cas la confusion est très facile, si on n'a pas soin de pratiquer un examen microscopique.

L'absence de crise douloureuse au moment de l'expulsion de la membrane constitue au point de vue clinique

(1) *Archives of med.*, 1858-1859, t. I, p. 71.

la meilleure preuve de sa provenance vaginale. Mais ce signe n'a qu'une valeur relative.

L'examen macroscopique montre également des différences avec la membrane dysménorrhéale :

En effet, quand elle est expulsée sous forme de sac complet, ce sac est plus grand que la cavité utérine à l'état de vacuité. Il est cylindrique plutôt que triangulaire. Il n'a que deux orifices, un à chaque extrémité, et non trois. La desquamation, intéressant parfois, en même temps que la muqueuse vaginale, celle de la surface externe du museau de tanche, on peut voir à une extrémité du grand cylindre un cylindre plus petit, percé d'un orifice à son sommet, s'invaginant dans le premier, et représentant ainsi une sorte de dépression infundibuliforme. La face interne de cette membrane présente parfois des plis circulaires répondant aux rides du vagin. On n'y trouve pas d'orifices glandulaires.

Quelquefois cette membrane vaginale est expulsée sous forme de petits lambeaux, et dans ces cas souvent l'examen microscopique seul, en révélant l'existence d'un épithélium de revêtement pavimenteux stratifié, permettra de reconnaître sa véritable origine.

§ 2. — Membranes de provenance utérine.

Un signe clinique caractéristique accompagne l'expulsion de toute membrane d'origine utérine, survenant au moment des règles, quelle que soit sa nature, c'est la douleur de l'hypogastre, irradiée aux lombes, traduisant les efforts que fait la matrice pour se débarrasser du corps étranger contenu dans sa cavité.

Nous ne nous arrêterons pas sur le *croup* de l'utérus, pas plus que sur les *fausses membranes* expulsées au cours du choléra, d'une fièvre typhoïde grave, ou d'un empoisonnement aigu par le phosphore, qui ne constituent pas les véritables diagnostics à faire avec la dysménorrhée membraneuse.

Nous passerons rapidement aussi sur l'*endométrite disséquante* des états puerpéraux, affection très rare depuis les progrès de l'antisepsie. Dans ce cas des lambeaux de muqueuse, accompagnés souvent par des débris de tissu musculaire, sont expulsés de l'utérus avec du sang et du pus. L'état général est celui des grandes infectées.

Il n'y a pas lieu de s'appesantir non plus sur la desquamation de la muqueuse consécutive à l'introduction dans la cavité utérine de médicaments caustiques tel que le nitrate d'argent. Des lambeaux mortifiés peuvent être dans ce cas détachés par la poussée congestive menstruelle.

Il est un certain nombre d'autres membranes qui peuvent prêter à confusion avec celles de la dysménorrhée membraneuse. Il importe de les étudier avec un soin beaucoup plus grand. On peut les diviser en deux catégories :

Membranes dépourvues d'organisation, et membranes organisées.

A. — MEMBRANES DÉPOURVUES D'ORGANISATION.

1° **Mucus concrété à la face interne de l'utérus.** — Il arrive à quelques femmes de trouver au milieu du sang de leurs règles des membranes fines comme des pelures d'oignon, et enroulées sur elles-mêmes ; une fois lavées elles sont

blanches et transparentes. Leur expulsion peut donner lieu à de petites coliques. L'examen macroscopique pourrait faire penser à une desquamation superficielle de la muqueuse utérine. Mais l'examen histologique montre une masse amorphe dépourvue de tout élément cellulaire. Il s'agit simplement d'une fine lame de mucus, sécrétée par les glandes utérines, et concrétée à la face interne de l'organe, qui s'est détachée sous l'irruption du flux menstruel.

2° Caillots sanguins cruoriques. — Des caillots de sang se formant dans la cavité utérine sont parfois expulsés au moment des règles, avec de violentes coliques, cessant brusquement au moment où ils ont franchi l'orifice externe du col. L'aspect macroscopique permet à lui seul de les reconnaître : ce sont des masses rougeâtres, souvent triangulaires, dépourvues de cavité centrale.

3° Polypes fibrineux de l'utérus. — Nous rapportons ici trois observations de Dalché (1), montrant que l'expulsion de masses fibrineuses de l'utérus revêt parfois l'appareil symptomatique de la dysménorrhée membraneuse :

Obs. I. — Je fus appelé, il y a dix ans, par un confrère, auprès d'une malade de sa famille, âgée de 15 ans environ. Elle portait, me dit-il, depuis longtemps un volumineux fibrome utérin à évolution abdominale ; mais depuis quelque temps des hémorragies abondantes étaient survenues, et ayant pratiqué un examen tout récemment, la veille ou l'avant-veille, il avait constaté qu'un polype était engagé dans le col, et même faisait saillie dans le vagin. Il attribuait donc ces pertes récentes et comme surajoutées à l'accouchement de ce polype. A mon arrivée, le

(1) *Gazette des hôpitaux*, 1906, p. 171.

lendemain, le médecin m'attendait pour me dire que le polype s'était détaché spontanément, et il me montra en effet, une tumeur allongée, du calibre d'une petite mandarine au niveau de son plus grand renflement, et dont le pédicule était déchiqueté, sans consistance. Je diagnostiquai un polype fibrineux, ce qui fut vérifié par l'examen microscopique : on ne trouva sur plusieurs coupes faites en des points différents de la tumeur que de la fibrine, sans aucun autre élément histologique.

Quant à l'examen de la malade, il permit de constater un col entr'ouvert, contenant un petit caillot engagé dans sa cavité, et qui représentait sans doute le reste du pédicule. Un volumineux fibrome de la partie supérieure de l'utérus se faisait sentir jusqu'à un travers de doigt de l'ombilic.

Je ne revis plus cette personne, mais j'ai appris que plusieurs semaines après cet accident, elle avait été prise de phénomènes infectieux, et qu'elle était morte au milieu de symptômes qui me parurent devoir être rapportés à la suppuration de son fibrome.

Obs. II. — Dans une autre circonstance je fus appelé auprès d'une jeune dame d'une trentaine d'années qui souffrait de pertes de sang s'accompagnant de très vives douleurs. Les accidents remontaient à une dizaine de jours, et avaient succédé à une période menstruelle. Je constatai chez elle une rétrodéviation, ou mieux une rétroflexion avec angle de flexion assez marqué ; la partie rétrofléchie était assez douloureuse au toucher, comme c'est souvent la règle quand il existe un peu de métrite avec congestion utérine. Mais de plus, je sentis avec mon doigt un petit polype très allongé, engagé dans le col, et dont l'extrémité ayant fait issue ballottait légèrement dans le vagin. Je le pris pour un polype muqueux muni d'un long pédicule et j'annonçai ma visite pour le lendemain, afin de procéder à un examen au spéculum et d'enlever le corps du délit. Mais à ma grande surprise, en pratiquant à nouveau le toucher je ne sentis plus le polype, et au spéculum également je ne constatai rien

qu'un certain degré de métrite cervicale. D'autre part on n'avait rien recueilli dans l'eau des injections, mais la malade avait été à la garde-robe, et son opinion était qu'elle avait perdu son polype à ce moment. Très embarrassé, je me méfiai d'un polype fibrineux, et je m'efforçai du moins de calmer les douleurs, déjà fort diminuées du reste, de la rétroflexion congestive.

Deux ou trois mois plus tard, au moment d'une période menstruelle, je fus rappelé précipitamment auprès de la même malade. Les mêmes accidents s'étaient renouvelés : métrorrhagie prolongée et douleurs. Comme la première fois, je constatai un corps engagé dans le col, mais cette fois je ne me laissai pas surprendre et je l'enlevai ; c'était un polype fibrineux.

On voit donc, d'après ces deux observations, l'expulsion de polypes fibrineux s'accompagner du même tableau symptomatique que la dysménorrhée membraneuse. Mais ces tumeurs polypeuses sont pleines, et leur examen microscopique ne permet pas de se tromper. Elles se produisent d'ordinaire quand un obstacle quelconque s'oppose à la sortie du sang de l'utérus, fibrome dans le premier cas, flexion du corps sur le col dans le second. Ce qui le prouve bien, c'est le cas suivant qui ne permet de songer ni à une dysménorrhée membraneuse ni à une grossesse.

Obs. III. — Il s'agit d'une vieille femme de 60 ans, reçue à l'hôpital Beaujon pour métrorrhagies relevant sans doute de la sclérose utérine, car on ne constatait ni cancer, ni fibrome. Je lui fis successivement plusieurs tamponnements à la gélatine, l'hémorragie s'arrêta, mais bientôt des douleurs éclatèrent de plus en plus violentes, accompagnées de dilatation du col, et calmées enfin à la suite de l'accouchement d'une tumeur polypeuse, qui se fit sous nos yeux, et que l'examen histologique démontre être un polype fibrineux.

L'obstacle au cours du sang résultait ici du tamponnement à la gélatine.

Letulle, en pratiquant en 1904 l'autopsie d'une femme morte de purpura, découvrit dans la cavité utérine un long caillot fibrineux, moulé exactement sur elle et dont une partie faisait saillie hors du col, sous forme de polype. Ce caillot a la forme d'un fer de lance. Sa base présente deux prolongements effilés pour les cornes utérines. Ce polype fibrineux, trouvé sur le cadavre, ressemble absolument à ceux dont nous parle M. Dalché dans ses trois observations.

4° **Caillots fibrineux membraniformes.** — Il est parfois très difficile de distinguer macroscopiquement, la muqueuse utérine desquamée de la dysménorrhée, d'une pseudo-membrane, formée de fibrine concrétée sur les parois de la cavité utérine. Le diagnostic différentiel est ici d'autant plus difficile que l'expulsion de fausses membranes se fait au milieu de troubles dysménorrhéaux, et se répète à plusieurs époques menstruelles. C'est ce que montre parfaitement l'observation inédite suivante, que nous devons à l'obligeance de M. le Dr Jayle.

Obs. (inédite). — Mme X..., 36 ans, multipare, se plaint de règles très douloureuses s'accompagnant d'expulsion de caillots et d'un produit d'aspect un peu membraneux, et dont la forme fait songer à celle de la cavité utérine. Mis dans l'eau ce produit expulsé présente des filaments à sa surface.

A chaque période menstruelle la malade dit expulser un produit analogue. Elle ne sait dire s'il en vient quelquefois un seul ou plusieurs,

A l'examen on trouve l'utérus un peu gros, et une ovarite double.

Pour s'éclairer sur la nature du sac expulsé, l'examen histologique a été confié à M. le docteur Hallion qui remit la note suivante :

« Le produit expulsé naturellement de l'utérus a été inclus à la paraffine et débité en coupes minces. Il se compose d'une partie centrale cruorique et d'enveloppes fibrineuses branchâtres en forme de membranes. Le centre de la portion cruorique est constitué par du sang laqué. Dans tout le reste les globules rouges et les leucocytes sont parfaitement conservés dans le



FIG. 1. — Pseudo-membrane expulsée au moment des règles
(Obs. du D^r JAYLE).

réseau fibrineux qui les enserre. La portion périphérique, fibrineuse, ne contient plus que des leucocytes, d'ailleurs peu abondants. Il n'existe nulle part de traces d'organisation, ni de débris de tissu utérin entraînés.

« Conclusion : il s'agit d'un caillot intra-utérin de formation récente. »

On voit, d'après le dessin que nous publions, de ce cail-

lot fibrineux membraniforme, qu'il reproduit fidèlement la forme triangulaire de la cavité utérine. Au niveau de son fond on aperçoit deux orifices à bords irréguliers, correspondant aux orifices des trompes. Le sommet se prolonge par une sorte de cylindre répondant au col. Il est aplati dans le sens antéro-postérieur.

Au point de vue macroscopique, examinés de près, ces sacs fibrineux peuvent présenter certaines différences avec les véritables membranes de dysménorrhée. Leur surface de section au lieu d'être blanche, est d'un rouge foncé ou d'un gris jaunâtre. Leur face externe est souvent lisse et non tomenteuse. Leur face interne présente de petites dépressions cupuliformes, moulées sur les orifices glandulaires de la muqueuse utérine. Mais dans bien des cas, comme dans celui que nous venons de citer, l'examen microscopique seul permet de se faire une opinion sur la nature du produit expulsé.

B. — MEMBRANES ORGANISÉES.

En dehors des membranes dysménorrhéales, il n'est guère expulsé de l'utérus d'autres membranes organisées, que des caduques. Les difficultés de diagnostic avec la dysménorrhée membraneuse peuvent être grandes, si ces membranes déciduales sont expulsées à la suite d'un avortement utérin qui a passé inaperçu, soit que l'œuf ait été détruit au bout de peu de jours, soit qu'il n'ait pas été retrouvé au milieu des caillots sanguins. Il en est de même lorsqu'on se trouve en présence d'une caduque expulsée de l'utérus au cours d'une grossesse ectopique.

α) S'il s'agit d'une vierge ou d'une femme n'ayant pas eu depuis un certain temps de rapports sexuels, on peut conclure, avec une quasi-certitude, à la dysménorrhée membraneuse, surtout si la crise douloureuse, suivie d'une expulsion de membranes, se produit à peu près à chaque période menstruelle.

En effet, cette affection n'est pas rare chez les vierges. Sur les 17 observations, que nous avons recueillies, trois se rapportent à des vierges.

β) Si la malade est une femme ayant des rapports sexuels, il faut toujours penser à la possibilité d'un avortement: Le doute est d'autant plus légitime qu'on voit survenir souvent la crise de dysménorrhée après un léger retard des règles. L'erreur a dû être assez fréquemment commise: surtout à une époque où on connaissait mal l'aspect et la nature des *œufs clairs*, c'est peut-être ce qui explique pourquoi, il y a 20 à 30 ans, le nombre des observations publiées de dysménorrhée membraneuse, était beaucoup plus grand qu'aujourd'hui. Nous avons pu trouver six cas tout à fait critiquables, présentés comme de la dysménorrhée membraneuse. Ils se rapportent très probablement à des avortements passés inaperçus.

1^{er} Cas. — Le Dr Devaine (1) présente une membrane expulsée après un retard de règles de trois semaines. Bien que l'examen microscopique ait montré la structure de la muqueuse utérine, le peu de détails donnés à son sujet, et le fait que le phénomène ne s'est plus reproduit aux menstruations suivantes doivent laisser des doutes sur l'authenticité de ce cas de dysménorrhée membraneuse.

(1) *Société de biologie*, 1865.

2° Cas. — Il en est de même de l'observation de Shattuck (1). L'expulsion des membranes n'a eu lieu qu'une fois, et après un retard de règles de deux mois. Il n'y a pas eu d'examen microscopique.

3° Cas. — L'observation de Le Pileur (2) semble également se rapporter à un avortement. Il s'agit d'une multipare, qui rejette, après un retard de règles de près de deux mois, une membrane sur laquelle on ne trouve ni œuf, ni villosités choriales. L'examen histologique n'a permis de retrouver ni revêtement épithélial, ni glandes. Le Pileur conclut à la dysménorrhée, uniquement à cause de la présence dans la couche externe de cette membrane, de fibres élastiques. Cette constatation n'est pas tout à fait probante et d'autre part le phénomène ne s'est plus reproduit.

4° et 5° Cas. — Il n'est pas jusqu'aux deux cas, sur lesquels Dutremblay (3) a étayé sa thèse, qui ne puissent être critiqués. L'expulsion de membranes est survenue, une fois après un retard de règles de quatre jours, l'autre fois de 15. Bien que l'examen microscopique n'ait révélé ni villosités choriales, ni débris placentaires, n'a-t-on pas pris des débris de caduque pour une véritable membrane, car cet accident dans les deux observations n'est signalé qu'une fois ?

6° Cas. — Le cas du D^r Park (4) ne semble pas se rapporter du tout à la dysménorrhée membraneuse. C'est une femme atteinte de métrite, qui, à la suite d'attouchements de sa muqueuse utérine à l'aide de substance caustiques, et d'injection de liquides

(1) Membranous dysmenorrhea, *Med. a. Surg. J.* Boston, 1883, VIII, 56.

(2) Communication à la Société d'obstétrique et de gynécologie. Séance du 8 avril 1886.

(3) DUTREMBLAY, thèse de Paris, 1887.

(4) *Obst. a. Gyn. Soc.*, Glasgow, 22 février 1888.

antiseptiques, expulse une membrane constituée uniquement par de l'épithélium et un réseau fibrineux.

1° Diagnostic avec un avortement dans les premiers temps d'une grossesse utérine. — Nous ne ferons que signaler l'expulsion d'une caduque, provenant de la partie non gravide d'un utérus double. Elle se fait en général dans les trois à quatre jours qui suivent l'accouchement, par conséquent dans des conditions ne permettant pas de confusion avec la dysménorrhée membraneuse.

a) *Diagnostic clinique.* — Lorsqu'on se trouve en présence d'un cas d'expulsion unique de membranes au moment des règles, est-il possible d'affirmer, par la seule étude des conditions cliniques dans lesquelles est survenu l'accident, qu'il s'agit d'une membrane dysménorrhéale, et non d'une caduque ?

S'il n'y a pas de retard de règles, il faut plutôt penser à la dysménorrhée. Mais l'existence d'un léger retard de règles ne doit pas permettre d'affirmer un avortement, puisque le fait est coutumier dans la dysménorrhée. Les signes subjectifs de la grossesse : changement dans le caractère de la femme, nausées, vomissements, etc., n'ont aucune valeur.

Mme Lachapelle a indiqué des signes distinctifs tirés de l'étude des deux grands symptômes qui accompagnent l'expulsion de membranes : la douleur et l'hémorragie.

Dans l'avortement l'hémorragie précède la douleur, et la douleur augmente avec l'écoulement. Le col est entr'ouvert, le caillot qui s'y présente est d'une forme irrégulière. C'est une sorte de vessie qui se tend et aug-

mente de volume pendant les contractions douloureuses de l'utérus.

Dans la dysménorrhée membraneuse la douleur précède l'hémorragie, et cesse brusquement après expulsion du produit. Ces symptômes ne sont pas suffisants pour préciser un diagnostic.

b) *Diagnostic d'après l'examen macroscopique des membranes*

Dans la dysménorrhée membraneuse, les membranes sont expulsées sous forme de lambeaux, d'étendue variable, ou bien d'un sac reproduisant la forme triangulaire de la cavité utérine. Leur face interne est lisse et elles sont peu épaisses.

Une caduque d'avortement est expulsée, le plus souvent, sous forme d'un sac complet, ayant plutôt une forme ovoïde que triangulaire. Sa cavité présente un volume plus grand. On peut dans certains cas retrouver sur la face interne une petite loge pour l'œuf, voire même cet œuf lui-même. La plupart du temps il suffit de mettre la masse expulsée dans de l'eau tiède pour reconnaître les villosités choriales. Quand le produit de conception est plus avancé, on reconnaîtra facilement des débris de placenta.

Parfois l'hésitation est grande et l'examen microscopique s'impose.

c) *Diagnostic d'après l'examen microscopique de la membrane.*— De Sinety a indiqué le procédé de technique suivant, qui n'a qu'une valeur relative :

« Ce procédé (1), dit-il, permet d'obtenir facilement des préparations caractéristiques, même à l'œil nu, lors-

(1) DE SINETY, *Traité pratique de gynécologie*, 2^e édit., 1884.

qu'on a affaire à un avortement. Il suffit de plonger la membrane à examiner dans une solution d'acide picrique pendant un quart d'heure environ. On saisit ensuite avec les pinces une parcelle du tissu, et on l'agite dans l'eau. Tous les éléments étrangers à la villosité choriale sont ainsi expulsés, et celle-ci reste isolée. On n'a plus qu'à l'étendre sur une lame de verre, ajouter un peu de glycérine, et recouvrir d'une lamelle, pour obtenir ainsi une petite masse arborescente, rappelant la disposition de certaines algues marines, et qui ne peut être confondue avec aucun autre tissu. »

Mais comme le fait remarquer Schroeder les villosités choriales peuvent manquer, s'il s'agit d'un œuf détruit peu de temps après la fécondation.

C'est donc uniquement par l'examen attentif des différents éléments qui constituent la membrane qu'on pourra se faire une opinion.

Il est nécessaire auparavant de connaître la structure histologique de la caduque pendant les premiers temps de la grossesse. Nous nous sommes aidé pour cette étude des travaux de Potocki et de Branca (1).

La caduque la plus jeune qui ait été observée est celle de Peters : 6 jours.

Les cellules épithéliales d'une caduque utérine sont moins allongées que celles de la muqueuse normale, et perdent leurs cils vibratils. Vers la sixième semaine, les unes sont cubiques, d'autres plates. Par endroits même, le revêtement épithélial fait défaut. Les orifices glandulaires

(1) POTOCKI et BRANCA, *L'œuf humain et les premiers stades de son développement*. Paris, G. Steinheil, 1905.

disparaissent, ainsi que la partie superficielle des glandes.

Dans les premiers jours le tissu chorial devient œdémateux. La lumière des culs-de-sac glandulaires s'élargit, tandis que les petites cellules basales sous-épithéliales prolifèrent et refoulent l'épithélium dans l'intérieur des glandes. Dans les points qui avoisinent l'œuf, on voit des globules sanguins et lymphatiques envahir ce tissu. Les capillaires sont dilatés.

Vers la sixième semaine les éléments cellulaires du chorion se sont multipliés. La couche profonde est très réduite, en raison même de la dilatation des glandes. Elle apparaît infiltrée de cellules qui sont ou des leucocytes, ou des éléments conjonctifs jeunes.

La zone superficielle du chorion a pris, au contraire, un développement considérable. On commence à constater l'apparition d'éléments volumineux, arrondis, ou polyédriques. Ces éléments présentent souvent des figures kariokynétiques. Ce sont les cellules déciduales. Elles ont probablement pour origine les cellules conjonctives de la muqueuse utérine.

Les glandes utérines sont allongées, et comme la muqueuse utérine ne s'épaissit pas assez vite pour leur permettre de s'accroître à leur aise, elles se pelotonnent sur elles-mêmes. Tandis que l'épithélium reste normal dans la partie profonde de la glande, il devient cubique, parviementeux, et tend à disparaître à mesure qu'on se rapproche de la partie superficielle de la membrane.

Les vaisseaux du chorion sont normaux. On peut observer un réseau superficiel de néoformation.

La caduque ovulaire a les mêmes caractères que la

caduque utérine. Il en est de même de la caduque inter-utéroplacentaire dans les premières semaines de la grossesse. Mais rapidement on y voit apparaître de grandes lacunes remplies de sang, dans lesquelles flottent des villosités provenant du chorion de l'œuf.

Lorsqu'on ne trouve dans une membrane ni œuf, ni villosités choriales, et qu'on soupçonne la dysménorrhée membraneuse, on pourra la différencier d'une caduque par les signes suivants :

Les cellules épithéliales de la caduque tendent à s'aplatir et à disparaître, tandis qu'elles restent normales dans la dysménorrhée.

Le chorion de la dysménorrhée présente l'aspect de celui d'une muqueuse utérine normale, avec ses culs-de-sac glandulaires nettement apparents, et constitués par des cellules cylindriques. Rien qui rappelle ces éléments volumineux et polyédriques qui sont les cellules déciduales. On ne voit pas non plus de culs-de-sacs glandulaires hypertrophiés et pelotonnés comme dans la caduque. De plus, dans le chorion des membranes de dysménorrhée on trouve des foyers hémorragiques interstitiels. Les vaisseaux de la caduque sont au contraire normaux et présentent un réseau de néoformation superficiel.

2^e Diagnostic avec une caduque expulsée au cours d'une grossesse extra-utérine encore méconnue. — L'imprégnation de l'ovule par le spermatozoïde se faisant en général dans le tiers interne de la trompe, toute fécondation n'aboutit pas à une grossesse utérine. L'œuf peut se fixer sur la paroi des trompes, dans l'abdomen, ou dans une corne utérine, au niveau de l'ostium uterinum, aboutissant à

une grossesse interstitielle. L'utérus participe à ce travail, s'hypertrophie et sa muqueuse s'épaissit.

a) *Grossesse tubaire*. — Le clinicien, dans certains cas, qui ne sont pas rares, peut se trouver dans le plus grand embarras : Il s'agit d'une femme qui vient consulter parce qu'à la suite d'un retard de règles elle a expulsé avec du sang un petit sac membraneux. L'examen doit être alors pratiqué avec grand soin. Si on constate un utérus un peu augmenté de volume, et du côté des annexes une masse douloureuse, il faudra penser à une grossesse tubaire. Mais le diagnostic ne se confirmera souvent que par l'évolution, car le tableau clinique dans ce cas est à peu près le même que celui donné par une dysménorrhée membraneuse, accompagnée, comme cela est fréquent, de salpingite. C'est à un cas de ce genre que se rapporte l'observation suivante, due à l'obligeance de M. Lepage. L'œuf s'étant probablement décollé de bonne heure, et l'embryon étant mort, cette grossesse tubaire ne s'est révélée qu'à l'occasion d'une récurrence.

Obs. de M. Lepage. — *Expulsion de deux caduques utérines à une année d'intervalle. — Présomption de grossesse extra-utérine la première fois. — Certitude de grossesse extra-utérine opérée l'année suivante. — Guérison.*

Mme X... est accouchée prématurément en 1904, à 7 mois et demi, d'un enfant qui n'a vécu que quelques heures. Malgré un repos assez prolongé pendant toute la grossesse, il sembla à cette époque que cet accouchement prématuré provenait d'un développement incomplet de l'utérus, dont la corne droite paraissait plus volumineuse que la corne gauche.

En 1906, cette jeune femme revint consulter le Dr Lepage au

mois de mai, parce qu'elle avait un retard de ses règles d'un mois et demi. Quelques jours avant sa visite, elle avait expulsé une sorte de membrane que le mari, médecin, avait considéré comme un moule de la cavité utérine.

En pratiquant l'examen, M. Lepage constata une augmentation légère du volume de l'utérus avec une trompe volumineuse du côté droit. Pensant qu'il pouvait s'agir d'une grossesse extra-utérine au début, M. Lepage fit entrer la malade dans une maison de santé et assista aussitôt à la diminution progressive de la trompe.

Les règles étant revenues normalement, cette jeune femme quitta au bout d'un mois la maison de santé.

Le 10 *juin* 1907, M. Lepage est à nouveau consulté par cette jeune femme dont les dernières règles avaient eu lieu le 2 mai. L'utérus est un peu augmenté de volume, ainsi que les annexes du côté droit. Le repos est conseillé.

Dans la nuit du 3 au 4 juillet, Mme X... est prise de douleurs abdominales siégeant dans la région hypogastrique, et il se produit un suintement de sang noirâtre. Douleurs assez intenses et continues. Pouls 84. Etat général bon.

Au toucher, utérus augmenté de volume, dans le cul-de-sac latéral droit, les annexes sont volumineuses et douloureuses à la pression. Pas de sensibilité du Douglas.

L'utérus est en état de contraction presque permanente.

M. Lepage pense qu'il pourrait y avoir à nouveau expulsion de caduque.

Applications de glace sur l'abdomen, suppositoires calmants.

Le 5 et le 6 *juillet*, les douleurs continuent. Dans la nuit du 5 au 6, expulsion de caduque ayant la forme d'un moule de la cavité utérine. La surface interne est lisse, la surface externe est villeuse, cette caduque est régulière et on ne trouve pas sur elle trace de la déformation utérine diagnostiquée lors de la première grossesse.

L'utérus est diminué de volume, les annexes droites sont

moins douloureuses. La malade est soulagée. On continue les applications de glace et les lavements de chloral.

Les jours suivants, quelques douleurs du côté droit.

Le 11, l'utérus a tendance à diminuer de volume, tandis que les annexes droites augmentent.

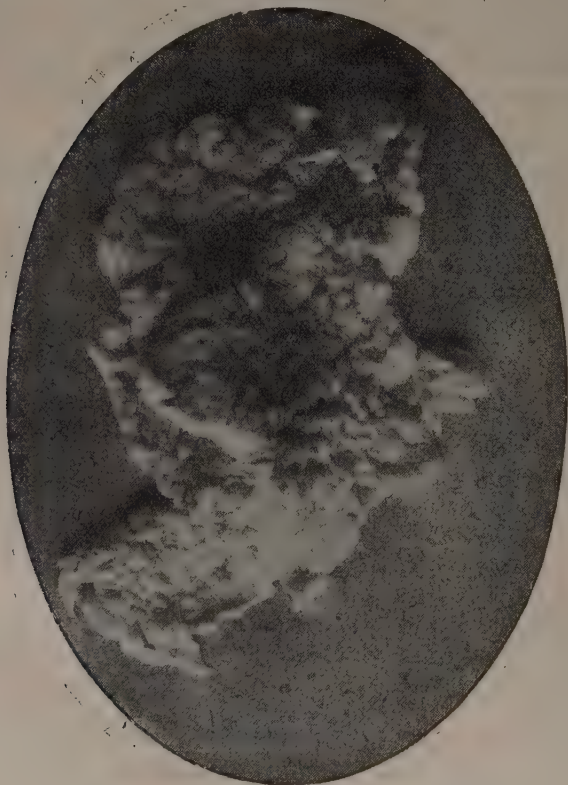


FIG. 2. — Fragment de caduque expulsée au cours d'une grossesse extra-utérine (Obs. LEPAGE).

Il y a lieu de se demander si le diagnostic de grossesse extra-utérine ne se confirme pas et si la grossesse n'est pas encore en voie d'évolution. Par prudence, il est convenu que Mme X... sera transportée le 15 ou le 16 dans une maison de santé.

Dans la nuit du 12 au 13, la malade souffre davantage, des douleurs abdominales sont violentes avec irradiations des deux côtés de l'abdomen. Pouls 95.

La malade est transportée de la banlieue dans une maison de santé à 4 1/2 du soir.

Facies très douloureux.

Au palper de l'abdomen, on sent de la résistance dans toute la région hypogastrique. Le Douglas est tendu et douloureux. Pouls 94.

Opération à 6 heures du soir.— A l'ouverture de la cavité abdominale on constate des caillots de formation récente dans la partie latérale droite de l'excavation, dans le Douglas et sur les parties latérales de la vessie.

Au milieu des anses intestinales, quelques caillots récents, dans la fosse iliaque droite ; deux anses intestinales sont accolées entre elles par des adhérences anciennes et sont fixées à la paroi abdominale. Il semble qu'il y ait eu à ce niveau un caillot ancien.

Ablation de la trompe gauche et de l'ovaire de ce côté. La face postérieure de l'utérus est rougeâtre, les annexes du côté gauche paraissent saines. En enlevant les caillots qui se trouvent au milieu des anses intestinales, on note à deux ou trois points, à la surface de l'intestin, des traces d'une hémorragie ancienne sous forme d'un revêtement couleur rouge brique.

Drainage par le Douglas ; suture de la paroi abdominale en trois points.

Sauf un réveil post-chloroformique un peu tardif, les suites opératoires sont normales.

Cette observation est intéressante au point de vue du diagnostic différentiel entre la grossesse extra-utérine et la dysménorrhée membraneuse.

Les accidents qui ont eu lieu pendant l'année 1906, l'expulsion d'une membrane utérine, avaient laissé le diagnostic incertain entre une grossesse extra-utérine arrêtée dans son développement et la dysménorrhée membraneuse.

La guérison rapide de la femme pouvait faire incliner également en faveur de ce dernier diagnostic. Il paraissait normalement assez rationnel de l'admettre en 1907, plutôt que de penser qu'une seconde grossesse extra-utérine allait se développer du même côté.

Sans doute des signes importants faisaient incliner le diagnostic vers la grossesse extra-utérine ; mais l'un d'eux, l'expulsion d'une caduque, perdait de son importance en raison de ce qui s'était passé l'année précédente.

Des constatations faites au cours de l'opération, il semble bien résulter qu'en réalité il y a eu deux années de suite un début de grossesse extra-utérine dans la même trompe.

Depuis cette époque, la femme qui se portait bien, et dont les règles étaient à peu près normales, n'a à aucun moment expulsé des débris de caduque.

Réflexions. — En résumé il s'agit d'une femme multipare, ayant expulsé à une année d'intervalle deux caduques utérines ; la première fois la grossesse ectopique fut seulement soupçonnée, et dut se résorber. L'année suivante, le diagnostic de grossesse ectopique fut confirmé par l'intervention.

b) *Diagnostic avec une caduque expulsée au cours d'une grossesse interstitielle.* — Le cas suivant, observé par Rémy (1), est beaucoup plus rare. Il s'agit d'une femme qui expulse, après un retard de règles, un sac complet portant accolé à l'un de ses angles un petit œuf développé probablement dans une corne utérine. Mais cet œuf est en dehors de la caduque. S'il était passé inaperçu au milieu des caillots sanguins, le diagnostic aurait pu être difficile avec la dysménorrhée membraneuse.

(1) RÉMY (de Nancy), *Presse médicale*, 26 décembre 1908.

Obs. de Rémy. — Je fus appelé récemment près d'une femme multipare, pour examiner un produit de conception qu'elle venait d'expulser. Les dernières règles dataient du 14 janvier 1908.

Le 21 mars, cette femme perd un peu de sang et croit à un retour de ses règles. Mais dans la nuit du 22 au 23, elle éprouve des coliques, perd assez abondamment, et le 23 au matin, sent sortir quelque chose ressemblant à un caillot. Elle a bien soin de garder ces pièces pour me les montrer très peu de temps après leur expulsion. Elles se composent de deux portions accolées : l'une, la plus volumineuse, est une caduque représentant la forme de la cavité utérine, sorte de sac, large en haut, ouvert en bas. Sa paroi mesure 6 à 8 millimètres d'épaisseur ; sa face externe est villeuse quand on l'examine dans l'eau.

Je sectionne cette membrane avec des ciseaux ; je trouve la cavité vide, la face interne lisse présentant de petits épanchements sanguins sur certains points. La poche est absolument intacte, sans déchirure. Accolée à l'angle supérieur gauche de cette caduque se trouve une petite poche de la grosseur d'une noix, ayant une mince membrane caduque, et dans le liquide de la poche je vois un petit embryon flétri, mollasse, presque déliquescent. C'était un œuf d'un mois environ.

Rémy fait suivre son observation de la remarque suivante :

« Les multipares expulsent parfois de ces sortes de caduques absolument vides, à face externe villeuse, à face interne lisse, sans traces de caduque réfléchie, après une suppression des règles. Ces sacs ressemblent à ceux expulsés par les femmes chez lesquelles se manifestent les signes nets de rupture de kystes fœtaux, extra-utérins.

Il résulte de ces faits, que l'on est fondé à penser que les grossesses ectopiques sont plus fréquentes qu'on ne le

croît, surtout chez les multipares ; que ces grossesses, heureusement pour ces femmes, peuvent se terminer d'une façon silencieuse ; que l'avortement interne se traduit extérieurement par l'expulsion simple d'une caduque absolument vide. »

Peut-être certaines des observations, présentées par leurs auteurs comme étant des cas de dysménorrhée membraneuse, et que nous avons critiquées antérieurement, se rapportaient-elles en réalité à une grossesse extra-utérine méconnue.

L'examen microscopique de la membrane expulsée pourra venir en aide au diagnostic.

La muqueuse utérine, en effet, subit au cours d'une grossesse ectopique des modifications analogues à celles de la caduque, au cours d'une grossesse utérine. Ries (1) lui donne le nom de para-déciduale.

Cette paradéciduale a été bien étudiée par Cazeaux (2).

Nous reproduisons une coupe de membrane que nous devons à l'obligeance de M. Letulle. Elle fut expulsée accidentellement, après un retard de règles, au milieu d'un flux sanguin assez abondant. On pensa à la dysménorrhée membraneuse ou à un avortement. L'examen histologique fut confié à M. Letulle. — Nous la reproduisons dans notre planche n° 2, on y trouve des lambeaux de muqueuse utérine enserrés dans un réseau de fibrine coagulée, tenant dans ses mailles un grand nombre de globules rouges. On y

(1) *Journal of the American med. assoc.*, 1896.

(2) CAZEUX, *Etude anatomique des modifications de l'utérus au cours des grossesses ectopiques*. Thèse de Paris, G. Steinheil, 1903.

trouve en outre d'assez nombreux polynucléaires, traduisant un processus inflammatoire} de la muqueuse.

Dans ces lambeaux de muqueuse utérine, on peut reconnaître en différents points un épithélium formé par une seule rangée de cellules cubiques, disposées en bandes rectilignes ou diversement contournées. Les cellules sont très fortement colorées en violet. Leur noyau très apparent occupe la partie basale.

Le chorion présente lui aussi des modifications. A côté des cellules embryonnaires normales de la muqueuse utérine, on en trouve de plus volumineuses, plus fortement colorées en rouge que les autres, arrondies ou polyédriques et qui sont des cellules déciduales.

Les glandes sont rares sur cette préparation. On en trouve quelques-unes en certains points, mais leurs cellules sont disloquées et obstruent la lumière glandulaire.

L'examen microscopique permettait d'affirmer qu'on se trouvait en présence d'une caduque, et non d'une membrane dysménorrhéale. Or une opération pratiquée huit jours plus tard chez cette malade montra l'existence d'une grossesse extra-utérine.

L'absence de villosités choriales dans une caduque ne permet pas d'affirmer que la grossesse n'est pas utérine. Car elles n'existent pas dans les premiers jours et dans certains cas on peut ne pas avoir le fragment de membrane qui les porte.

OBSERVATIONS

Les 17 observations que nous reproduisons présentent les caractères cliniques de la dysménorrhée membraneuse : répétition de l'expulsion des membranes à plusieurs menstruations et résistance à tout traitement. L'examen microscopique n'a été pratiqué que pour 8 d'entre elles. Pour les autres il n'est pas possible d'affirmer s'il s'agit de dysménorrhée membraneuse, ou pseudo-membraneuse.

§ 1. — Observation complète de dysménorrhée membraneuse.

Obs. 1. — PAUL DALCHÉ, *Gazette des Hôpitaux*, 1906, p. 171.

Une jeune femme de 26 ans vient me demander conseil, parce que, dit-elle, pendant longtemps, elle avait cru être sujette à des fausses couches répétées, survenant au cours de grossesses très peu avancées, presque à leur début. Ces accidents la rendaient extrêmement triste, son plus grand désir étant d'avoir des enfants. Très longtemps elle était persuadée que devenant très facilement enceinte, elle ne pouvait jamais mener une grossesse à bon terme, car on avait même prétendu trouver des débris de caduque dans les produits expulsés. Or le hasard fit que n'ayant pas cohabité avec son mari pendant plus d'un mois, elle éprouva les mêmes phénomènes. Très surprise, elle suspendit tout rapport sexuel pendant plusieurs mois, et les accidents se reproduisirent néanmoins. Certaine dès lors qu'il ne pouvait s'agir de grossesse et de fausse couche elle vint me consulter.

C'était une grande et belle femme parfaitement conformée, qui cependant souffrait parfois de crises d'entéro-colite, et dans

les antécédents de laquelle je trouvai des signes d'insuffisance ovarienne.

Sa première menstruation, qui survint tardivement, vers l'âge de 15 ans 1/2, fut suivie d'une phase aménorrhéique d'une durée d'un an. Les secondes règles coulèrent à ce moment ; les années suivantes encore, la menstruation ne s'établissait qu'avec des semaines de retard.

Elle se maria à 22 ans, eut un accouchement à 23 ans, mais à la suite de ces couches souffrit d'une salpingite gauche.

Depuis cette époque les règles sont toujours survenues avec des retards, et sont restées fort douloureuses ; mais tantôt les douleurs commencent avant l'arrivée du sang, et l'écoulement dure 6 à 8 jours très abondant, pour se terminer d'une façon normale ; tantôt, au contraire, vers le troisième jour de l'écoulement, les règles s'arrêtent presque brusquement. C'est à ce moment que, au milieu de coliques utérines et de maux de rein très pénibles, la malade finit par expulser un corps de forme vaguement ovoïde, comparable à une petite poire ; enfin cette sorte d'accouchement une fois terminé, l'écoulement menstruel reprend pour durer encore quatre à cinq jours, laissant la malade très endolorie, très fatiguée, et surtout très triste.

De ces objets expulsés je n'en ai vu qu'un seul conservé dans l'alcool, puis dans la glycérine ; c'est celui que je vous présente. Mais si je n'ai pas assisté à une de ces crises que la malade m'a du reste parfaitement décrites, et si je n'ai pas vu le produit au moment de son expulsion, je puis toujours vous faire remarquer sa forme actuelle. Elle est nettement triangulaire avec un sommet légèrement prolongé, à la façon d'un mince cylindre, et une base dont les deux angles tendent aussi à présenter de légers prolongements. La « poire » s'est vidée pour devenir dans ce flacon une membrane d'apparence triangulaire, représentant, comme vous le voyez, la cavité utérine : son sommet s'engageait dans le col, sa base correspondait au fond de l'utérus et les deux extrémités de celle-ci se dirigeant du côté des trompes. Il s'agissait en effet d'une sorte de moule de la cavité utérine.

Ajoutons que l'examen de l'appareil génital nous montrait une légère antéflexion de la matrice et une salpingite gauche.

§ 2. — **Résumés d'observations.**

Obs. I. — MORGAGNI, t. VII, lettre XLVIII, p. 371.

Dame noble, accouchée quelquefois dans les premiers mois de la gestation. Mais sa grossesse était parfois arrivée à terme. Au milieu de ces avortements elle avait mis au monde des enfants viables, quelquefois deux à la fois. Leucorrhée et parfois métrorrhagie dans l'intervalle des règles.

A l'âge de 34 ans cette femme commence à expulser, d'abord d'une façon irrégulière, puis à toutes les périodes menstruelles, avec des douleurs simulant celles de l'accouchement, un corps membraneux de forme triangulaire. D'autres fois, ce corps sortait en petits lambeaux. Le phénomène s'est produit également pendant les quatre mois qu'elle s'est abstenue de communiquer avec son mari. Persuadée qu'il était beaucoup plus avantageux pour elle d'être exempte de douleurs, au moins pendant neuf mois elle ne voulut plus coucher à part. Elle devint grosse, et fit un avortement de trois mois, à la suite duquel pendant deux mois, les menstrues s'écoulèrent convenablement et sans douleur. En octobre pas de règles. En novembre celles-ci réapparaissent accompagnées de l'expulsion du même corps membraneux qu'avant sa dernière grossesse.

Depuis lors les mêmes accidents se sont produits encore un grand nombre de fois.

Obs. II. — OSWELL, *Practical treatise on the diseases peculiar to Women*, 2^e éd., 1846, p. 117.

Mme X..., âgée de 20 ans. S'est mariée à 18 ans. Bientôt après, a fait un avortement. Depuis elle n'est pas redevenue enceinte.

Actuellement elle a une menstruation douloureuse accompa-

gnée d'expulsion de caillots et de produits membraneux. Ces troubles s'étaient manifestés quelquefois avant son mariage, mais à un degré moindre. Ils sont plus marqués depuis son avortement. Le col de l'utérus est hypertrophié et induré.

A la suite d'un traitement médical : quinine, mercure, salsepareille, séjour au bord de la mer, la malade a entièrement recouvré la santé.

Obs. III. — Dr DUBOIS (de Neuchâtel), *Gazette médicale de Paris*, 1847, n° 37.

Mlle Sophie B..., âgée de 18 à 19 ans, a été réglée de bonne heure, et a toujours présenté des règles douloureuses et irrégulières. En même temps leucorrhée. Je soignais cette jeune personne depuis deux ans, avant qu'elle se hasardât à me confier qu'après de fortes douleurs elle rendait un morceau de chair. Je la priai de me garder ce qu'elle expulserait à une prochaine menstruation, et le 8 avril 1847 elle me montra un tube membraneux ayant les dimensions et la forme d'une matrice vierge. L'extérieur de ce sac était tomenteux et l'extérieur très lisse.

Obs. IV. — TYLER-SMITH, *The Lancet*, t. I, p. 608, 18 juin 1855.

Femme de 32 ans. Mariée à deux époques différentes : une première fois à 16 ans, une seconde à l'âge de 30 ans. Bien réglée jusqu'à son premier mariage, elle avait commencé à souffrir depuis de ménorrhagies qui ne tardèrent pas à s'accompagner de l'expulsion de produits membraneux. Devenue veuve à l'âge de 23 ans, la menstruation devint moins douloureuse, et l'expulsion de membranes cessa entièrement.

Six mois après son second mariage, les douleurs reparurent aux époques des règles, et avec elles les débris membraneux dans l'écoulement menstruel. Leucorrhée dans l'intervalle des règles. Rétrécissement de l'orifice du col.

L'examen de fragments de membranes montra qu'ils étaient lisses d'un côté, floconneux et irréguliers de l'autre. Au microscope on voyait une trame fibroïde au milieu de laquelle se trouvaient plongées une grande quantité de cellules et des tubes glandulaires tapissés par un épithélium cylindrique.

Obs. V. — TILT, *Archives of Med.*, 1861, t. III, p. 96.

Dame de 25 ans, bien portante. Réglée à 15 ans. Epoques régulières jusqu'à son mariage qu'elle a contracté à 23 ans. Depuis lors, les règles sont douloureuses, et s'accompagnent de l'expulsion par le vagin de membranes analogues à de la chair. Leucorrhée.

A l'examen, col congestionné et douloureux. Les deux lèvres étaient profondément excoriées et rouges. A l'époque suivante le sang menstruel apparut avec une telle abondance qu'on dut faire venir un médecin. Celui-ci découvrit au milieu du sang menstruel un sac intact qui ne contenait que du sang liquide et pas la moindre trace de fœtus.

Le produit utérin, quand on me l'apporta, après trois jours de macération dans de l'alcool, se composait de deux fragments qui, ajustés ensemble, représentaient exactement le moule de la cavité utérine régulièrement distendue. Une face avait l'apparence rugueuse de la muqueuse utérine quand elle se détache de la matrice ; l'autre était polie, lisse et criblée de petits trous correspondant aux glandes utérines.

Le même phénomène se reproduisit jusqu'en septembre à chaque période menstruelle, sauf une seule.

Depuis, grâce à un traitement médical, je suis arrivé à éloigner l'exfoliation pendant un mois ou deux.

Obs. VI. — Some account of a very severe case of membranous dysmenorrhea. *The transact of the Edinb. obst. Soc.*, 1880-1881, t. VII, p. 36.

Femme T. S. R., célibataire, âgée de 38 ans. Réglée à 12 ans.

Les règles ont toujours été irrégulières et profuses, mais elles furent indolores jusqu'à l'âge de 21 ans. A partir de cette époque les règles deviennent douloureuses et s'accompagnent d'un écoulement leucorrhéique.

Un examen pratiqué en 1868 montre sur la partie postérieure du col une rétraction cicatricielle accompagnée de rétroversion

En 1870 on découvre une dysménorrhée membraneuse ; à la suite de repos et d'un traitement spécial elle disparut.

En 1877, elle vient consulter de nouveau, se plaignant de douleurs sus-pubiennes apparaissant au moment des règles et suivies de l'expulsion de membranes. L'examen montre : un orifice vaginal petit et un hymen absent, le vagin rouge et on trouve à la partie postérieure du col une cicatrice. Le fond de l'utérus est repoussé dans le cul-de-sac de Douglas. Pendant l'été on voit les membranes commencer à être expulsées aussi bien dans l'intervalle des règles qu'au moment des périodes menstruelles. En dépit de la fréquence croissante de l'expulsion des membranes, leur quantité et leur épaisseur n'étaient pas diminuées.

Un traitement approprié améliore un peu l'état de la malade.

L'examen microscopique montre les caractères ordinaires de la membrane dysménorrhéale.

Obs. VII. — Dr Ludwig KLEINWACHTER, *Über Dysmenorrhea membranous. Wiener Klinik*, 1885, p. 32.

Chaix Meller, âgée de 40 ans, souffre depuis longtemps de menstruations douloureuses. Le sang des menstrues est mélangé de lambeaux membraneux. Elle me donna un flacon qui contenait une de ces membranes conservée dans de l'alcool.

Réglée à 16 ans, ses règles ont été pendant longtemps normales ; elle s'est mariée à l'âge de 20 ans, et a donné naissance à cinq enfants, nés à terme et vivants. Le dernier de ses enfants est mort à l'âge de quatre mois, et depuis ce moment, la malade ayant été obligée d'interrompre l'allaitement, les règles sont extrêmement douloureuses et accompagnées d'expulsion de

produits membraneux, se présentant parfois sous forme de sacs triangulaires entiers. Pendant les périodes intermenstruelles la malade est tout à fait bien.

En octobre 1883 elle a probablement la fièvre typhoïde, et il y a deux mois on lui a enlevé chirurgicalement ce qu'elle prétend avoir été des polypes de l'utérus.

L'examen des organes génitaux ne montre rien d'anormal.

Les membranes qui me furent données étaient larges de un centimètre, longues de six à sept centimètres, épaisses de un à deux millimètres.

Je trouvai un tissu hypertrophié inter-glandulaire à petites cellules, des glandes avec leur épithélium, des vaisseaux. L'épithélium superficiel était écorché à plusieurs endroits.

Le 13 février, c'est-à-dire 8 jours avant l'apparition de ses règles, je fis un curettage consciencieux de la muqueuse utérine.

Obs. VIII. — COQUARD, thèse de Lille, 1887.

Mme X..., âgée de 38 ans, mariée depuis vingt ans, n'a jamais eu d'enfants, ni présenté aucun commencement de grossesse. Ses règles sont survenues pour la première fois quatre ans avant son mariage, et ont été dès lors accompagnées de troubles dysménorrhéiques. On ne peut affirmer l'existence de membranes dans le sang menstruel à cette époque, leur existence n'ayant été recherchée qu'il y a douze ans.

C'est à ce moment que M. le Dr Hallez ayant examiné cette femme constata qu'elle avait un utérus petit et dur, un col hypertrophié et allongé, avec un orifice ponctiforme.

Aucun phénomène douloureux pendant la période intermenstruelle.

A chaque période, avec une régularité parfaite apparaissent des douleurs intenses, accompagnées de vomissements. Un soulagement se produit quand sont expulsées les membranes qui devancent les premières gouttes de sang.

L'état actuel se maintient sans modifications appréciables,

depuis le début des accidents, malgré toutes les médications employées.

Obs. IX. — COQUARD, thèse de Lille, 1887.

Mme V..., âgée de 35 ans. Son affection remonte à 15 ans, époque même de son mariage. Jusque-là elle avait été régulièrement menstruée. Dès les premiers rapports conjugaux apparurent des phénomènes neurasthéniques, et une perturbation des fonctions utérines.

Les règles présentèrent dès le début de la dysménorrhée douloureuse, sans qu'on puisse affirmer qu'il y ait eu à cette époque de l'exfoliation de la muqueuse utérine.

M. Hallez constate à l'examen, trois ans après le début de son affection : une atrésie du col, un orifice du museau de tanche ponctiforme, une rétroversion de l'utérus, avec périlymphangite.

Les vives souffrances éprouvées lors de l'écoulement des règles ayant attiré l'attention sur le flux cataménial, on découvrit la présence de membranes tantôt déchiquetées, tantôt entières et affectant alors la forme de moules complets ou incomplets de la cavité utérine. Le flux sanguin ne commençait qu'après l'expulsion des premières membranes, et prenait parfois les allures d'une véritable ménorrhagie. L'exfoliation de la muqueuse utérine durait pendant tout le temps du flux menstruel, et quelquefois même l'expulsion de moules entiers était suivie de celle de lambeaux déchiquetés d'étendue variable.

Pendant la période intercalaire persistent des phénomènes nerveux, en même temps que se montre une leucorrhée intense.

Tous les traitements qui furent essayés donnèrent un résultat négatif.

Il y a 7 ans elle fit une fausse couche de 6 semaines, à la suite de laquelle les phénomènes morbides reprirent leur cours.

En 1884 se produit une seconde grossesse qu'elle mène à terme grâce à des soins incessants, et à un repos prolongé. Dès

la première menstruation qui suivit l'accouchement, les membranes reparurent.

Actuellement la malade est enceinte pour le troisième fois.

Obs. X. — Arturo BUZZONI, degli Aucarani, *Gazetta degli hospitali di Milano*, 1889, X, p. 658.

Femme de 30 ans qui n'avait eu qu'un enfant. Elle souffrait de douleurs violentes dans les deux premiers jours des règles ; à la fin du deuxième jour elle expulsait des lambeaux de membranes mélangés à du sang. Dans l'intervalle des règles elle souffrait dans les reins et avait des pertes leucorrhéiques. Les lambeaux de membrane dysménorrhéale allèrent en augmentant progressivement d'épaisseur.

Lisses d'un côté, ils étaient irréguliers et plus ou moins filamenteux de l'autre. Ces irrégularités sont constituées par de la fibrine et par des prolongements glandulaires. Sur la face libre de ces membranes on voit de multiples orifices qui correspondent aux ouvertures extérieures des tubes glandulaires.

Au microscope, on observe sur une coupe des tubes glandulaires avec leur épithélium. Leur lumière est tantôt libre, tantôt occupée par des détritits granuleux. Ça et là se montrent un petit nombre de capillaires sanguins contenant des hématies. Ces éléments sont plongés dans un tissu formé par une masse de cellules adossées les unes aux autres et colorées en rouge par l'hématoxiline. Au milieu de ce tissu se trouvent d'abondants extravasats sanguins. Il faut signaler, en outre, quelques éléments colorés en rouge, ressemblant aux cellules de la caduque sans pour cela atteindre leurs dimensions.

Obs. XI. — J. MADDEN, Dysmenorrhea membranous. *Journal of the medic. assoc.*, Chicago, 1896, XXVI, 551.

Mme L..., âgée de 26 ans, mariée et stérile ; a été menstruée pour la première fois à 13 ans 1/2. Jusqu'à l'âge de 18 ans, les

menstruations sont régulières et indolores. A partir de ce moment, après avoir présenté des brûlures en urinant et de la leucorrhée, les menstruations deviennent douloureuses. Peu après leur début l'expulsion de membranes fut remarquée. Depuis ce moment-là les dimensions des membranes, au dire de la malade, ne cessent d'augmenter.

A l'examen, on trouve une cavité utérine agrandie ; la région ovarienne est sensible.

Les douleurs à chaque menstruation sont très intenses, commencent un jour ou deux avant l'expulsion des membranes, atteignent leur intensité maxima pendant l'expulsion, et diminuent rapidement. On observe en outre des nausées, des vomissements, de l'oppression.

Ni le curetage, ni le traitement médical ne sont arrivés à arrêter cette expulsion de membranes dysménorrhéales.

Obs. XII. — MADDEN. Fait suite à la précédente dans le même périodique.

La malade est une femme mariée qui avait eu plusieurs enfants. Elle cherchait un remède pour des règles douloureuses et surabondantes, dont le flux était mélangé de membranes organisées. Plusieurs lambeaux furent examinés, mais on n'y trouve pas de glandes utriculaires.

L'examen montre un utérus agrandi et très sensible. Le curetage n'empêcha pas les membranes de se montrer à nouveau aux périodes suivantes.

Cette malade a actuellement tout à fait reconquis sa santé normale. Ses dernières règles furent indolores. Puis voilà deux mois qu'elle n'a plus vu. Il est probable qu'elle a atteint la ménopause.

Obs. XIII. — *Americ. gyn. and obst. Journ.*
N. Y., 1897, t. X, p. 433.

Mme A..., âgée de 30 ans, mariée depuis douze ans, a eu un enfant il y a dix ans.

Réglée pour la première fois à 14 ans, les règles sont parfaitement normales, et cet état continue pendant les trois années qui suivent l'accouchement. Mais quatre ans après les règles deviennent douloureuses et renferment des membranes. On pense tout d'abord à un avortement.

La malade présente habituellement des symptômes débutant par des crampes dans la partie inférieure de l'abdomen, accompagnées d'un écoulement rare et de maux à la tête. Ces douleurs augmentent d'intensité ; prennent de plus en plus le caractère de douleurs expulsives, les hémorragies deviennent profuses, et environ 76 heures plus tard les membranes sont expulsées. Ces phénomènes se reproduisent toutes les quatre semaines.

L'examen révèle l'existence d'une déchirure du col qui a été réparée quelques mois auparavant. L'orifice cervical est ouvert et rempli de mucus, l'utérus augmenté de volume est en rétroversion. L'ovaire droit est hypertrophié et prolabé.

On pratique une laparotomie. L'ovaire malade est enlevé, le corps utérin redressé, et un pessaire placé dans le vagin le maintient en place.

Les premières règles qui suivirent l'opération furent peu abondantes et douloureuses. Les secondes furent à peu près aussi douloureuses qu'à l'ordinaire et suivies d'une décharge de membranes. Le traitement médical ne donne pas de meilleurs résultats. Par contre, l'électricité entraîne rapidement une diminution de la douleur, et morcèle les membranes qui finissent par disparaître.

Obs. XIV. — COOK (G. W.), *Americ. Journal of obst.*,
1898, n° 37, p. 788.

Femme âgée de 36 ans. Ses règles ont toujours été douloureuses. Elle se maria à l'âge de 19 ans, et l'année suivante mit au monde un enfant bien portant. A 23 ans elle fit une fausse couche.

Trois ans plus tard, elle remarquait que par intervalle, au moment de ses règles, elle perdait des débris de membranes. Ses règles sont très douloureuses pendant 20 à 24 heures. Pendant les dernières heures, elle perd une petite quantité de liquide coloré, et avec l'expulsion des membranes, les douleurs cessent. Elle perd alors une grande quantité de sang pur. Au bout de 24 heures cet écoulement perd tous les caractères d'un écoulement sanguin.

L'examen montre une légère déchirure du col, et un utérus un peu augmenté de volume, en rétroflexion. A l'heure actuelle elle ne se plaint plus de douleurs menstruelles et accuse simplement un léger trouble du côté de l'ovaire droit. Néanmoins elle continue à expulser des membranes.

L'une d'elles est examinée par le Dr W. M. Gray qui trouve une muqueuse utérine modifiée dans son aspect ordinaire, avec un grand nombre de cellules épithéliales nécrosées ; on peut néanmoins reconnaître la coupe des canaux glandulaires.

L'étude de 4 autres membranes a montré qu'elles ont une face externe molle et irrégulière ; la face interne lisse présente les orifices des glandes utérines. L'examen d'une nouvelle membrane donne le résultat suivant :

Il y a quelque multiplication de la structure glandulaire avec une congestion intense des vaisseaux et des hémorragies à l'intérieur de la couche muqueuse. De plus il y a un grand nombre de polynucléaires. La lumière des glandes est remplie de globules rouges et de leucocytes. Les cellules propres de la couche

muqueuse sont augmentées de nombre et les figures caryokynétiques sont fréquentes.

Le traitement n'a pas donné grand résultat.

Obs. XV. — PAOLI, thèse de Paris, 1905.

Jeune fille, âgée de 22 ans, qui depuis 6 mois perdait au moment de ses règles des pseudo-membranes atteignant le plus souvent le volume du pouce.

Réglée à 13 ans. N'a eu ses règles qu'une seule fois entre 13 et 14 ans. Bien réglée à partir de 15 ans. C'est à partir de 20 ans que les menstrues deviennent douloureuses et augmentent en durée et en abondance.

Les membranes rendues se présentaient macroscopiquement sous forme de filaments de 3 à 4 millimètres de largeur. Les bords étaient irréguliers et déchiquetés. L'une des faces était lisse, l'autre parsemée d'aspérités.

A l'examen histologique on trouve l'épithélium utérin conservé sous forme de lambeaux plus ou moins étendus. Les cellules épithéliales semblent avoir subi un certain aplatissement. Le stroma est formé par un tissu cellulaire lâche, infiltré de sérosité et de sang. Les foyers hémorragiques sont très abondants. On retrouve çà et là quelques culs-de-sac glandulaires. On peut apercevoir dans le stroma différentes formes cellulaires : d'abord des leucocytes, puis en abondance des cellules conjonctives présentant les caractères des cellules fixes du derme de la muqueuse utérine normale. Enfin on trouve disséminées au milieu des autres cellules, des éléments volumineux, arrondis, fusiformes ou polyédriques. Ces grands éléments présentent une analogie très grande avec des cellules déciduales. A ne considérer que certains points de la préparation on eût pu se croire en présence d'une caduque, et cependant la jeune fille étant vierge, l'hypothèse d'une grossesse devait être rejetée.

Obs. XVI. — PAOLI, thèse de Paris, 1905.

Il s'agit d'une malade au sujet de laquelle nous n'avons pu avoir que des renseignements incomplets. Cette femme était réglée régulièrement, et depuis plus d'un an perdait à chaque période menstruelle de larges lambeaux membraneux dont l'expulsion s'accompagnait de violentes douleurs.

La membrane qui nous fut remise, irrégulière de forme, mesurait environ 6 centimètres sur 4. Pelliculaire en certains points, elle atteignait en d'autres un millimètre d'épaisseur. L'une des faces était lisse, l'autre tout à fait déchiquetée, et recouverte de caillots sanguins et fibrineux.

Au microscope on est frappé de l'abondance des hémorragies qui presque partout ont détruit les éléments cellulaires. Cependant de place en place on retrouve quelques culs-de-sac glandulaires d'ailleurs très altérés. Quant à l'épithélium de revêtement, nous n'en avons plus retrouvé de traces. En des points de la préparation mieux conservés, on retrouve des amas de leucocytes, des placards formés par des cellules conjonctives, arrondies ou fusiformes. Les grands éléments cellulaires analogues aux cellules déciduales sont ici disséminés en assez grande abondance dans toute l'étendue de la préparation. On trouve tous les intermédiaires entre les petites cellules arrondies et les grandes cellules fusiformes ou étoilées.

CONCLUSIONS

1 La dysménorrhée membraneuse est caractérisée par le rejet dans le sang des règles de membranes expulsées sous forme de lambeaux, ou de petits sacs triangulaires, véritables moules de la cavité utérine. Ce rejet s'effectue au milieu de coliques, simulant celles de l'accouchement, et de ménorrhagie. Ce trépied symptomatique n'acquiert toute son importance, qu'à la condition de se répéter au cours de plusieurs périodes menstruelles.

2° Si l'apparition des membranes n'a eu lieu qu'une fois chez une femme ayant des rapports sexuels, et si cet accident est survenu après un retard de règles, il faut mettre en doute le diagnostic de dysménorrhée et penser plutôt :

α) A un avortement avec arrêt de développement de l'œuf.

β) Ou bien à une caduque expulsée au cours d'une grossesse extra-utérine.

Un certain nombre d'observations considérées par leurs auteurs, comme se rapportant à la dysménorrhée membraneuse, ne sont très probablement basées que sur l'expulsion de caduques d'avortement

3° L'examen microscopique sera dans tous les cas un auxiliaire précieux pour arriver au diagnostic, surtout quand le phénomène s'est produit pour la première fois.

La membrane dysménorrhéale présente à peu près la

structure de la muqueuse utérine normale. On la différenciera facilement:

α) Des pseudo-membranes de mucus ou de fibrine, qui sont dépourvues d'organisation.

β) Des membranes d'origine vaginale, dont l'épithélium est pavimenteux stratifié.

γ) Des caduques, caractérisées par l'existence dans le chorion de grandes cellules déciduales.

Vu :

Le Président de la thèse,
POZZI.

Vu :

Le Doyen,
LANDOUZY.

Vu et permis d'imprimer :

Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris,
L. LIARD.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

- Aswell.** — *Practical treatise on the diseases peculiar to women*, 2^e éd., 1846, p. 117.
- Beigel.** — Zur Path.der dysmen. Membr. *Arch. für Gyn.*, 1876, Bd 9, p. 84.
- Cazeaux.** — *Etudes anatomiques des modifications de l'utérus au cours des grossesses ectopiques*. Thèse de Paris, G. Steinheil, 1903.
- Cohnstein.** — Ueber Vaginitis exfoliativa und dysm. Membr. *Arch. für Gyn.*, 1884, p. 69.
- Coquard.** — Contribution à l'étude de la dysménorrhée membran. *Revue médico-chir. des maladies des femmes*, 1888, p. 270, 337, 403, 465.
- Cook.** — Membranous dysm. *Amer. J. of obst.*, 1898, vol. 37, p. 786.
- Cuzzi.** — Di un Caso di falsa dysmenorrhœa membranosa. *Ann. di obst.*, Milano, 1882, t. IV, p. 34.
- Dalché.** — Dysménorrhée membraneuse. Polypes fibrineux. *Gazette des hôpitaux*, 1906, p. 171.
- Doléris.** — *Métrites et fausses métrites*, 1902, p. 468.
- Duke.** — On membranous dysmenorrhea and its treatment. *Med. Times and Hosp. Gaz.*, London, 1805, t. XXIII, p. 449.
- Duning.** — Membranous dysm. *American gyn. and obst. J.*, 1897, vol. 10, p. 433.
- Eulenburg.** — Ueber die Beziehungen der funktionellen Nervenkrankheiten zu den weiblichen Geschlechtsorganen in aetiologischer, diagnostischer und therapeutischer Hinsicht. *Centralblatt für Gyn.*, 1903, n° 43.
- Finkel.** — Ueber die Membrana dysmenorrhœica. *Virchow's Archiv*, 1876, Bd. 63, p. 401.
- Von Frangue.** — Beitrag zur path. An. der Endometritis exfoliativa. *Zeitschrift für Geb. und Gyn.*, 1897.
- Gauthier.** — *Congrès interne des sciences médic. de Genève*, 1877.
- Gebhard.** — Ueber dysmenorrhœische Membr. *Zeitschrift für Geb. und Gyn.*, Bd. 32, p. 399.
- Grechen.** — Ueber dysmenorrhœe Membranacea. *Gynekol. Studien und Erfahrungen*, Berlin, 1887.
- Guzzoni degli Aucarani.** — Contributio all'histologia della dysmenorrh. Membran. *Gaz. d. Osp.*, Milano, 1889, t. X, p. 658.

- Hausmann.** — Beitrag zur Lehre der decidua menstrualis. *Monatsschrift für Geburtskunde*, Bd. 31.
- Huchard et Labadie-Lagrave.** — *Arch. de Gyn. et de Méd.*, 1870, vol. I, p. 678 et 1871, vol. II, p. 706.
- Kleinwachter.** — Ueber dysmenorrhea membranacea. *Wiener Klinik*, 1885, t. XI, p. 133-160.
- Leopold.** — Ueber die decidua menstrualis. *Archiv für Gyn.*, 1876, Bd, p. 293.
- Le Pileur.** — *Nouvelles Archives d'Obst. et de Gyn.*, Paris, 1886, t. I, p. 359.
- Lockyer.** — *Obstetr. Soc. of London*, 1901, vol. 43, p. 203.
- Lohlein.** — Die Bedeutung der exfoliatio mucosae menstrualis. *Centralblatt für Gyn.*, 1889, p. 537.
- Lutaud.** — Note sur la dysm. membr. *Ann. de Gyn.*, Paris, 1882, t. XVIII, p. 95.
- Martin.** — *Med. News Philad.*, 1890, t. VI, p. 471.
- Mayer.** — Mitteilungen ueber meine Erfahrungen ueber decidua menstrualis. *Berliner Beiträge zur Geb. und Gyn.*, 1875, Bd. 4, p. 29.
- Morgagni.** — *De sedibus et causis morborum*, Epist. 48.
- Oldham.** — *London Med. Gaz.*, 1846, 1^{re} ar.
- Paton.** — Case of Membranous dysmen. *Polyclin. N.Y.*, 1893, t. I, p. 137.
- Pettit.** — Modifications de la muqueuse utérine pendant les menstruations, etc... *Sem. Gyn.*, 1900, n° 23, p. 177.
- Paoli.** — Thèse de Paris, 1905.
- Potocki et Branca.** — *L'œuf humain et les premiers stades de son développement*, Paris, G. Steinheil, 1905.
- Pozzi et Jayle.** — *Traité de gynécologie*.
- Ries.** — *Journal of the Amer. Med. Assoc.*, 1896.
- Rémy.** — Expulsion d'une caduque toujours signe d'une grossesse extra-utérine. *Presse Méd.*, 26 décembre 1908.
- Saviotti.** — Beitrag zur Kennt. der decidua Menstr. *Scanzoni's Beiträge*, 1869, t. VI.
- Semelaigne.** — Thèse de Paris, 1851.
- Sinety (de).** — Relations qui existent entre la dysménorrhée membr. et la menstr. normale. *Bulletin de l'Académie de Médecine*, 1881.
- Troque.** — Thèse de Paris. 1869.
- Tyler Smith.** — *The Lancet*, 1855, 18 juin.
- With (de).** — Membr. Dysmen. *Amer. Journ. of obst.*, 1900, vol. 42, p. 308.
- Wyder.** — Beiträge zur normalen und path. Anat. des menschlichen Uteruschleimhaut. *Arch. für Gyn.*, Bd. 13, p. 109.

TABLE DES MATIÈRES

	Pages
INTRODUCTION	7
AVANT-PROPOS	11
CHAPITRE PREMIER. — Etude clinique de la crise de dys- ménorrhée membraneuse	13
§ 1. — Prodromes	13
§ 2. — Crise de dysménorrhée avec expulsion de membra- nes provenant de la desquamation de la mu- queuse utérine	14
§ 3. — Examen macroscopique de la membrane	17
§ 4. — Examen microscopique	18
CHAPITRE II. — Diagnostic différentiel	22
§ 1. — Membranes de provenance vaginale	22
§ 2. — Membranes de provenance utérine	23
A. — Membranes dépourvues d'organisation.	24
1 ^o Mucus concrété à la face interne de l'utérus.	24
2 ^o Caillots sanguins cruoriques	25
3 ^o Polypes fibrineux de l'utérus	25
4 ^o Caillots fibrineux membraniformes	28
R. — Membranes organisées	33
1 ^o Avortement dans les premiers temps d'une grossesse utérine	33
2 ^o Caduque expulsée au cours d'une grossesse extra-utérine	37
OBSERVATIONS	46
CONCLUSIONS	60
INDEX BIBLIOGRAPHIQUE	62

Imp. J. Thevenot, Saint-Dizier (Haute-Marne)